TITRES

ET

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr Charles GAUTHIER

EX-INTERNE DES HÔPITAUX

MONITEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE A LA FACULTÉ DE LYON

LYON

A. REY & Cie, IMPRIMEURS-ÉDITEURS DE L'UNIVERSITÉ

4, RUE GENTIL, 4

1904

TITRES

TITRES UNIVERSITAIRES

DOCTEUR EN MÉDECINE
(1902)

MONITEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE
(1902)

TITRES HOSPITALIERS

EXTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
(Concours de 1894)

INTERNE DES HÔPITAUX DE LYON
(Concours de 1897)

ENSEIGNEMENT

En qualité de Moniteur de clinique :

CONFÉRENCES QUOTIDIENNES DE PROPÉDEUTIQUE CHIRURGICALE
(Années 1902-1903 et 1903-1904)

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

MÉMOIRES ORIGINAUX

1. **Syphilis hépatique à forme scléro-gommeuse** *(Province médicale*, octobre 1900, et thèse de Caire, Lyon, 1900-1901, n° 107).
2. **Pneumonie contusive chez un alcoolique. Suppuration à pneumocoques d'un foyer de fracture de côte** *(Lyon médical*, 4 et 11 novembre 1900, et thèse de Massol, Lyon, 1900-1901).
3. **Sur un cas de tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique.** En collaboration avec M. Devic *(Archives générales de médecine*, novembre 1900).
4. **Botryomycome de la face palmaire du petit doigt.** En collaboration avec M. Delore *(Gazette des hôpitaux*, 8 novembre 1900).
5. **Gliôme du noyau caudé** *(Province médicale*, 23 mars 1901).
6. **Perforation de l'estomac par ulcère. Laparotomie. Gastrostomie temporaire. Guérison.** En collaboration avec M. Villard *(Province médicale*, 13 avril 1901).
7. **Contribution à l'étude du traitement des arthrites suppurées du genou (en dehors de la tuberculose) et des abcès arthrifluents consécutifs. Drainage du genou par le cul-de-sac sous-quadricipital. Incision des**

abcès sans intervention sur l'articulation (thèse de doctorat en médecine, Lyon, 1901-1902).

8. **Tumeur mélanique de la gaine des vaisseaux fémoraux** *(Lyon médical,* janvier 1904).
9. **Hématométrie « post-partum »** *(Annales de gynécologie et d'obstétrique,* février 1904).
10. **Traitement de quelques tumeurs par les rayons X et la méthode de l'histofluorescence des tissus** *(Archives provinciales de chirurgie,* avril 1904).
11. **Quatre cas d'appendicite pelvienne traités et guéris par la voie basse.** En collaboration avec M. Tixier *(Archives générales de médecine,* 1904).
12. **Utilisation chirurgicale d'un diverticule de Meckel** (A paraître en 1904).
13. **Rupture récidivante du psoas** (A paraître en 1904).

COMMUNICATIONS AUX SOCIÉTÉS SAVANTES DE LYON

1° A la Société des sciences médicales.

14. **Lipome énorme du cordon** (Présentation de la pièce opératoire, février 1897).
15. **Rein calculeux. Néphrectomie secondaire** (Présentation de la pièce opératoire, 7 novembre 1900).
16. **Sarcome de la gaine des vaisseaux fémoraux. Ablation sans lésion de ceux-ci. Guérison** (Présentation du malade, 5 décembre 1900).
17. **Perforation de l'estomac par ulcère. Gastrostomie temporaire. Guérison** (Présentation de malade, 17 novembre 1900).

18. **Panaris tuheronleux avec adénopathie eue-épitroohléenne** (Présentation de malade, 26 janvier 1901).

19. **Œsophage tuberouleux** (Présentation de pièce, 2 février 1901).

20. **Kyete thyroïdien enlevé intact** (Présentation de la pièce opératoire, 9 février 1901).

21. **Polypee fibreux de l'ntérue** (Présentation de pièees opératoires, 6 mars 1901).

22. **Névralgie rehelle du trijnmean guérie par la réeection du eympathique oervical. Réenltats éloignée** (Présentation de malade, 20 avril 1901).

23. **Epithélioma greffé snr une ostéomyélite prolongée. Ampntation** (Présentation de pièce opératoire, 1er mai 1901).

24. **Régression d'un goitre oharnn par la simple mise à l'air** (Présentation de malade, 8 mai 1901).

25. **Angiome dn pied aveo maorodaotylie. Amputation d'orteils** (Présentation de pièee opératoire, 20 novembre 1902).

26. **Plaie pénétrante du larynx par inetrnment tranchant. Mort par pneumonie donhle** (Présentation de pièee, 10 décembre 1902).

27. **Tumeur mélanique de la gaine dee vaieseaux fémoraux. Extirpation ayant néoeeeité la réeection de l'artère et de la veine. Guérison eane gangrène** (Présentation de malade, 2 décembre 1903).

28. **Rhinoplastie par la méthode indienne. Réeultats éloignée** (Présentation de photographie, 13 avril 1904).

2° **A la Société de médecine.**

29. **Gastro-entéro-anastomose postérieure avec le bouton du professeur Jaboulay. Pièce recueillie trois semaines après l'opération** (2 novembre 1903).

3° **A la Société de chirurgie.**

30. **Pyohémie grave. Guérison** (Présentation de malade, 30 mai 1901).

COLLABORATION A DES THÈSES

Caire. — **Contribution à l'étude de la syphilis hépatique à forme scléro-gommeuse** (thèse de Lyon, 1900-1901).

Massol. — **Des fractures des côtes fermées compliquées de suppuration** (thèse de Lyon, 1900-1901).

Boutry. — **Des fistules cutanées de la vésicule biliaire** (thèse de Lyon, 1902).

PREMIÈRE PARTIE

PHYSIOLOGIE PATHOLOGIQUE CHIRURGICALE

Valeur du drainage du genou par le cul-de-sac sous-quadricipital. Expériences sur le cadavre.

(Thèse de Lyon, 1902)

Dans le but de vérifier la valeur du drainage de l'articulation du genou par le cul-de-sac sous-quadricipital, nous avons fait les expériences suivantes sur le cadavre.

Deux séries de genoux d'adultes, de trois chacune, ont été distendus par une injection.

Les genoux de la première série ont été injectés avec de l'eau colorée à la fuchsine; ceux de la seconde, avec un liquide ayant les caractères physiques du pus. Nous nous sommes servi, pour imiter celui-ci, d'un mélange d'huile, de gomme et d'eau. Cette mixture, bien battue et bien émulsionnée, présentait assez bien la consistance épaisse, crémeuse du pus louable; un peu de carmin fut ajouté pour colorer l'injection et rendre plus facile le travail ultérieur de vérification.

Une fois l'injection poussée, on retirait la canule de

la seringue et on la remplaçait par un petit bouchon.

Les articulations injectées présentaient toutes les mêmes caractères : gonflement régulier sur tous les points, cul-de-sac quadricipital nettement dessiné, bombant fortement au-dessus de la rotule.

Une fois les injections faites, nous avons drainé les six genoux par le cul-de-sac sous-quadricipital. Dans tous les cas, celui-ci communiquait largement avec l'articulation. Deux fois seulement nous avons reconnu la présence d'un léger étranglement à 2 ou 3 centimètres du pôle supérieur.

L'incision a toujours été faite à la partie la plus élevée du cul-de-sac sur une longueur de 3 centimètres environ, de façon à pouvoir facilement introduire l'index pour explorer l'article.

Immédiatement après l'incision le liquide injecté sortait avec force. On pratiquait, pendant deux ou trois minutes, l'expression de la jointure. On procédait ensuite au drainage. Celui-ci a été pratiqué deux fois avec un seul drain mis indifféremment à gauche ou à droite de la rotule, quatre fois avec deux drains mis de part et d'autre de celle-ci. Les drains employés étaient en caoutchouc rouge semi-rigide, de la grosseur du petit doigt. Il nous a semblé préférable de drainer sur les côtés de la rotule plutôt qu'entre cet os et le fémur pour éviter l'aplatissement du tube dans l'espace resserré qui existe entre ces deux os.

L'articulation étant ainsi traitée, on inclinait la jambe à 45 degrés au-dessus de l'horizontale, un récipient était disposé au-dessous des tubes de drainage. Le sujet était laissé vingt-quatre heures en place.

La quantité de liquide recueillie au bout d'un jour a été faible pour nos six sujets : le cinquième environ de ce qui s'était écoulé immédiatement après l'incision.

Nous avons ouvert les six genoux au bout des vingt-quatre heures de drainage de la façon suivante : on a fait d'abord l'arthrotomie bilatérale rétro-condylienne, celle que Jalaguier décrit dans sa thèse sous le nom de procédé de Kaufmann, et qui correspond aux incisions de décharge pour la résection d'Ollier. Cette arthrotomie correspond, pour cet auteur, aux points déclives de l'articulation, le membre étant sur le plan du lit dans le décubitus horizontal.

Eh bien ! dans aucun de nos six cas, nous n'avons pu par ces incisions faire écouler une quantité vraiment appréciable du liquide injecté.

Une fois cette constatation faite, nous avons systématiquement désarticulé.

Dans tous les cas l'injection colorée avait pénétré partout, dans tous les coins et recoins de la synoviale. De l'eau fuchsinée, il ne restait presque rien, à peine quelques gouttes ici et là ; la synoviale était uniformément teinte par la matière colorante. La mixture puriforme avait laissé sur toutes les surfaces endo-articulaires, un mince enduit adhésif s'enlevant bien par le raclage au bistouri ; cet enduit était un peu plus épais à la partie postérieure de l'articulation, mais il n'y avait pas de rétention véritable, pas de clapiers.

En somme, drainage moins parfait que pour l'eau colorée, mais néanmoins très satisfaisant.

Nous pouvons conclure, pensons-nous, de ces quelques expériences, en faveur du drainage de l'articulation du genou par le cul-de-sac sous-quadricipital. Joint à l'élévation à 45 degrés de la jambe, il a évacué d'une façon vraiment efficace les liquides articulaires, de densités diverses.

DEUXIÈME PARTIE

MÉDECINE

TUMEURS CÉRÉBRALES

A) **Sur un cas de tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique.** (En collab. avec M. Devic.)

(*Archives générales de médecine*, nov. 1900.)

Nous avons eu affaire à une tumeur cérébrale d'allure clinique spéciale.

L'évolution s'est divisée en deux périodes : la première, la plus longue, a duré six mois environ. Elle a été uniquement caractérisée par des phénomènes psychiques. Une déchéance intellectuelle progressive, de la perte de la mémoire, de la difficulté croissante à comprendre et à s'exprimer, une crise au moins d'automatisme ambulatoire, voilà le bilan complet de cette tumeur cérébrale pendant les six premiers mois de son évolution. Puis la malade entre à l'hôpital, c'est là qu'il nous est donné de l'observer et nous assistons durant un mois et demi à la deuxième et dernière période de l'affection : les symptômes psychiques vont

croissant, une hémiplégie droite avec aphasie se dessine, enfin et seulement dans les derniers jours de la vie, surviennent des signes dits cardinaux des tumeurs cérébrales. la céphalée et les vomissements. Le signe typique de la papille étranglée, la Stauungspapille des Allemands, n'a jamais été constaté.

Pendant la première période, et surtout avec les données classiques actuelles, le diagnostic était presque impossible. On pouvait songer à de la pseudo-paralysie générale ou à une forme particulière de démence ou encore à un type clinique spécial de ramollissement.

Dans la deuxième phase, le champ des hypothèses se restreignait à deux.

On pouvait penser soit à un ramollissement cortical, soit à une tumeur. Et, de fait, le syndrome psycho-paralytique progressif et variable est bien le plus souvent causé par le ramollissement. On rejeta l'existence de celui-ci, après l'avoir envisagé un temps. L'âge peu avancé de la malade, l'intégrité de son appareil cardio-vasculaire, l'absence d'ictus, la longue durée des phénomènes psychiques sans adjonction de manifestations paralytiques, voilà les raisons majeures qui motivèrent cette détermination.

Le diagnostic de tumeur cérébrale fut donc porté. Et pourtant, le tableau clinique était loin d'être complet.

Des signes de grande valeur, comme la céphalée et les vomissements, ne survinrent qu'à la fin, la Stauungspapille ne fut jamais observée.

Le diagnostic de tumeur étant accepté, restaient à déterminer le siège et la nature du néoplasme.

L'existence de signes psychiques bien nets, la présence d'une hémiplégie droite avec aphasie partielle, faisaient penser à une destruction de la région fronto-pariétale de l'hémisphère cérébral gauche.

Au bout d'un mois de traitement spécifique, nous pûmes rejeter d'une façon formelle ce que l'absence d'antécédents apparents ne permet jamais, la nature syphilitique des accidents.

Rien ne pouvait faire songer au tubercule. Par élimination et en tenant compte de la marche progressive de la maladie, l'hypothèse d'un gliome fut acceptée et le diagnostic de gliome fronto-pariétal gauche fut définitivement porté.

L'autopsie nous donna raison.

Il s'agissait d'un gliome ramolli occupant la moitié postérieure du lobe frontal et la partie antérieure du temporo-sphénoïdal du côté gauche. D'une symptomatologie purement psychique durant six mois cette tumeur avait pu en imposer pour de la démence. Plus tard, elle a nettement ressorti à la forme psycho-paralytique mise en évidence par les observations de MM. Brault et Lœpper.

B) Gliome du noyau caudé.

(Province médicale, 23 mars 1901.)

La rareté du cas nous a engagé à le publier. Le malade, atteint depuis six mois quand nous l'avons examiné, présentait les signes suivants :

Il y avait de l'hémiparésie droite entraînant une légère boiterie. De la céphalée continue, augmentée par la percussion du pariétal gauche. L'acuité visuelle

était diminuée. Il y avait de l'œdème des deux papilles. Au point de vue psychique, on notait : de la torpeur, la perte de la mémoire, de la gêne dans l'idéation, des troubles de la parole lente et monotone. En plus, un vomissement insolite se produisait de temps en temps.

En étudiant les symptômes de cette observation, on voit qu'on peut les ranger en deux catégories.

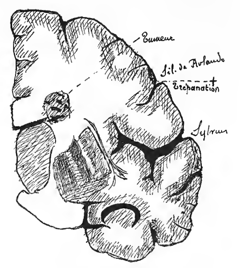
Il y a d'abord les symptômes généraux se rencontrant dans la plupart des tumeurs cérébrales, quel que soit leur siège ; à ce premier groupe appartiennent la céphalée continue, l'œdème des papilles, les vomissements survenant sans cause apparente.

Puis nous devons ranger dans un second groupe les signes moteurs et physiques, ce sont des signes de localisation. Ces signes sont d'une part l'hémiplégie droite, d'autre part la torpeur, les troubles de la parole et de l'idéation, la diminution de la mémoire.

Ces deux groupes de signes ont eu une inégale valeur dans l'établissement du diagnostic. Alors que le premier fournissait de fortes présomptions en faveur du diagnostic de tumeur cérébrale en général, le second confirmait ce diagnostic et permettait de localiser approximativement le néoplasme dans une région déterminée du cerveau, la région fronto-pariétale gauche ; on ne pouvait préjuger, en l'absence de tout phénomène épileptique, de son siège cortical ou sous-cortical.

Nous disons : approximativement. On sait en effet la valeur relative de l'hémiplégie qui peut être observée dans les tumeurs de toute région soit par lésion directe des centres ou faisceaux moteurs, soit par leur compression à distance.

La valeur de localisation des signes psychiques est encore moins grande. On sait que les auteurs, soit français, soit étrangers sont divisés sur la question. Les uns pensent qu'ils peuvent être rencontrés dans un



Gliôme du noyau caudé. Coupe de Pitres.

néoplasme d'une région quelconque du cerveau, d'autres estiment que, sans être absolu, on doit, lorsqu'on les constate, avoir de fortes présomptions en faveur d'une localisation dans le lobe frontal.

Notre cas est en faveur de l'opinion de ces derniers.

Le diagnostic de localisation n'a pas pu être serré de plus près ; on pensait à un néoplasme soit cortical, soit sous-cortical de la région fronto-pariétale, mais nullement à une tumeur aussi profonde, que celle d'un noyau gris central. Au reste, la lésion du noyau caudé a été une trouvaille d'autopsie ; c'est la règle.

Une trépanation au pied de la circonvolution frontale ascendante en avant et au-dessus du point Rolandique inférieur fut faite par M. Jaboulay. La dure-mère fut incisée, mais on ne chercha pas à atteindre le néoplasme. Cinq jours après, sans qu'on puisse incriminer un autre facteur que le schock nerveux, le malade succombait.

A l'autopsie, un gliome crétacé de la dimension d'une olive fut trouvé en plein noyau caudé.

Syphilis hépatique à forme scléro-gommeuse.

(Province médicale, 8 octobre 1900.)

Ce diagnostic ne put être établi que sur la table d'autopsie. On peut voir sur les planches ci-contre qu'à ce moment-là il ne pouvait être mis en doute. Il s'agit bien d'un cas typique de foie ficelé scléro-gommeux. Le microscope n'a pu que confirmer. Il a décelé de la sclérose intense péri et intra-lobulaire et, au niveau des gommes, un aspect uniforme, finement granuleux caractéristique.

Sur le vivant, la maladie se présentait sous le masque d'une cirrhose atrophique, compliquée de péritonite tuberculeuse.

a



Foie syphilitique scléro-gommeux

a) *Face supérieure.* — b) *Face inférieure.*

La partie la plus intéressante de l'observation était sans contredit le chapitre des antécédents. Le malade, ancien gendarme colonial, avait présenté de l'impaludisme et de la dysenterie d'une façon sévère. C'était un grand alcoolique et un abcès froid thoracique devait le faire considérer comme tuberculeux.

Il niait une seule maladie, la syphilis. C'est cependant celle-là dont il est mort. Sa localisation sur le foie ne peut étonner; ce viscère devait avoir quelque peu souffert des nombreuses affections ou intoxications qui avaient frappé son porteur.

TROISIÈME PARTIE

CHIRURGIE

CHIRURGIE ABDOMINO-PELVIENNE

a) *ESTOMAC*

Perforation de l'estomac par ulcère, laparotomie. Gastrostomie temporaire. — Guérison.

a) *Province médicale,* 1901 (Mémoire original), et b) *Soc. des sc. méd.,* 17 novembre 1900. (Prés. du mal guéri).

Les cas de guérison à la suite d'interventions ou des perforations gastriques ulcéreuses sont encore rares, et la conduite chirurgicale vis-à-vis de l'ulcère n'est pas encore nettement déterminée. Il nous a été donné d'observer un malade atteint de perforation de l'estomac par ulcère, chez lequel après laparotomie, nous avons été conduit à pratiquer une gastrostomie, opération en apparence paradoxale. Cet homme que nous avons opéré trente-quatre heures après le début des accidents, présentait un très large ulcère de la petite courbure, ouvert dans la loge hépato-gastrique. Au moment de l'intervention un liquide roussâtre fusait déjà vers la

grande cavité péritonéale. Malgré toutes nos tentatives, il nous fut impossible : 1° de suturer la perforation gastrique, l'ulcère étant très large, et, d'autre part, les tuniques de l'estomac au niveau de la petite courbure se déchirant sur les fils à suture ; 2° de réséquer les tissus malades, étant donné leurs dimensions. Nous avons été conduit alors à une intervention de nécessité, consistant dans la suture de l'estomac à la paroi abdominale, et dans la création d'un cloisonnement limitant la région de l'ulcère ; en somme, nous avons transformé la perforation en un véritable orifice de gastrostomie.

Les suites furent remarquablement simples, les phénomènes de péritonite cédèrent rapidement ; peu à peu les liquides gastriques passèrent moins abondamment par la perforation et, un mois après, la bouche stomacale était oblitérée.

Ce cas nous a paru intéressant à plusieurs points de vue : tout d'abord, en raison de l'intervention paradoxale qui a été pratiquée ; ensuite par le fait que ce malade fut guéri complètement de ses accidents d'ulcère. Revu plusieurs mois après l'opération, il ne ressentait aucun de ses malaises antérieurs et s'alimentait comme tout le monde. Deux mécanismes nous paraissent pouvoir être invoquées pour expliquer ces résultats : 1° l'action favorable de l'abouchement à la paroi des bords de l'ulcère permettant ainsi la désinfection du foyer ulcéreux, et l'action topique des pansements ; 2° l'action favorable de la perforation amenant un véritable drainage de l'estomac, parant ainsi à la stagnation gastrique des sécrétions exagérées et hyperacides que l'on observe dans les cas d'ulcère.

Revenant sur les points saillants de l'observation, nous mentionnerons d'abord le diagnostic sans y insister ; il a été facile à établir par des notions bien classiques maintenant. La douleur du début, soudaine, à siège épigastrique, intense, syncopale, l'absence de vomissements constituaient deux excellents signes de localisation que renforçait singulièrement une histoire typique de passé gastrique.

Nous avons constaté une réaction péritonéale relativement modérée ; il y avait peu de météorisme, peu de douleur à la palpation, le signe de la disparition de la matité hépatique n'existait pas, le signe péritonéal le plus net était le hoquet persistant; à lui seul d'ailleurs il suffisait à indiquer l'inflammation de la grande séreuse.

Correspondant à ces symptômes peu accusés, rappelons que les lésions de péritonite généralisée étaient seulement au début ; il y avait un peu de liquide épanché et de la congestion de quelques anses grêles.

Voici les hypothèses que l'on peut formuler pour expliquer cette discordance entre la modération des lésions et le temps relativement long — trente-quatre heures — écoulé entre la perforation et l'opération.

Et d'abord, ce fait que c'est une poche de périgastrite qui s'est rompue et non pas l'estomac, poche qui a pu ne laisser filtrer que peu à peu son contenu par la déhiscence des adhérences dissociées.

Puis la situation élevée de l'ulcère.

Enfin, et ceci nous paraît plus sérieux, l'état de jeûne où se trouvait le malade au moment de la perforation et la faible absorption de boisson qui l'a suivie.

L'intérêt de premier ordre de ces deux notions dans le pronostic des plaies perforantes de l'estomac par coup d'épée ou balle est bien connu. Les chirurgiens anglais ont insisté récemment sur ces faits au sujet de leurs blessés de la guerre du Transvaal.

Voilà probablement pourquoi, bien que relativement tardive, notre intervention a été suivie de succès.

On connaît l'importance de la rapidité de la laparotomie dans les cas de ce genre.

Utilisation chirurgicale d'un diverticule de Meckel.

(A paraître en 1904.)

Le diverticule de Meckel a une mauvaise réputation. Nombreuses sont les observations d'obstruction intestinale qu'on lui attribue. Nous pensons avec M. Jaboulay que souvent l'étiquette mise sur ces faits est erronée et que l'on a pris bien des fois pour le débris de l'anse vitelline de vulgaires brides, de simples cordons épiploïques, voire même l'appendice iléo-cæcal.

La vraie physionomie du diverticule nous semble être celle que l'on peut voir sur les deux planches ci-jointes. Elles concernent une pièce recueillie à l'autopsie d'une femme morte de pneumonie. On peut voir qu'il s'agit d'un cul-de-sac court, d'une longueur de 4 à 5 centimètres, large comme l'intestin à sa base et se rétrécissant en cône. Les parois ont la consistance, l'aspect, la morphologie de l'intestin normal. Pareille disposition a été notée dans deux autres cas. Une fois il s'est agi aussi d'une trouvaille d'autopsie. Dans une autre circonstance, c'est au cours d'une laparotomie



Diverticule de Meckel situé à 1 mètre du cæcum sur l'intestin grêle. Découverte d'autopsie.

pour cancer de l'estomac que le diverticule fut découvert par M. Jaboulay. Une gastro-entérostomie devait être pratiquée. Le diverticule se trouvant implanté sur le grêle à 30 centimètres de l'angle duodéno-jujénal, c'est-à-dire au point classique de l'anastomose, on se servit de lui pour la réaliser. La pièce mâle du bouton y fut fixée, la pièce femelle fut implantée dans la paroi postérieure de l'estomac, on engréna. On avait réalisé une véritable anastomose en Y qui fonctionna, d'ailleurs, normalement, dans les jours qui suivirent. Cette utilisation dans un but thérapeutique d'un débris embryonnaire, jusqu'ici réputé uniquement pour ses méfaits, nous semble digne d'être rapportée.

Gastro-entéro-anastomose avec le bouton de Jaboulay ; présentation d'une pièce.

(Communication à la Société de médecine, 2 novembre 1903.)

Il s'agit d'un malade atteint de cancer du pylore avec mauvais état général, chez lequel nous avons nous-même pratiqué l'anastomose. Il succomba trois semaines après d'accidents mal déterminés et surtout du fait de sa cachexie avancée. L'autopsie démontra la parfaite régularité de l'anastomose réalisée avec le bouton de notre maître, l'adhérence solide et sans coudure des viscères, leur large communication.

Fistule muqueuse de la vésicule biliaire.

(*In* thèse de Boutry, Lyon, 1902.)

Il s'agit d'une fistule consécutive à une cholécystite calculeuse. Celle-ci avait été drainée, on avait extrait

beaucoup de calculs, il est probable qu'un de ceux-ci avait échappé et obstrué le cystique. Un an après l'opération, la fistule durait toujours ; elle secrétait du mucus clair, filant en si grande quantité qu'un appareil récepteur de la contenance de 200 centimètres cubes était rempli chaque jour. Comme il n'y avait jamais eu d'écoulement de bile, l'oblitération du cystique paraissait complète ; d'autre part, le cholédoque fonctionnait bien. Dans ces conditions, une cholécystectomie était indiquée. Le refus de la malade empêcha de la pratiquer.

Nous présentons cette observation comme contribution à l'étude des indications dans les fistules cholécystiques.

Hématométrie « post partum ».

(Annales de gyn. et d'obst., février 1903.)

Nous avons rapporté là une observation rare après les quatre faits de Delore, de Khodokowski, de Witthauer, de Fieux, qui étaient les seuls connus avant le nôtre.

Femme, de trente-quatre ans. Un accouchement très laborieux trois ans avant son entrée à l'hôpital. Elle eut de grandes douleurs pendant vingt-quatre heures. On dut retirer au forceps un enfant mort pesant 5 kg. 500. Dans les jours qui suivirent, élimination de la lèvre antérieure du col sphacélée. Puis retour apparent complet de la santé, sauf la cessation des règles. Pendant deux ans rien d'anormal à part ce symptôme. Puis remplacement des menstrues par des périodes régulières de

coliques abdominales durant trois ou quatre jours. Enfin consultation.

L'utérus fut trouvé gros comme pour une grossesse de cinq mois. Il avait la forme d'une brioche de Paris à tête, la grosse portion renflée correspondant au col, la tête répondant au corps. Il y avait au centre de la masse cervicale un ombilic correspondant à l'orifice externe oblitéré.

La dilatation du col faite par M. Condamin amena l'issue d'un litre de liquide chocolat épais, bien lié, sans caillots. Un drain fut placé. La chute dans les jours qui suivirent occasionna de la rétention. Sous anesthésie, on constata que celle-ci se faisait dans le corps et qu'elle était due au resserrement de l'isthme utérin. Celui-ci fut dilaté avec des Hégar. Un drain fut porté jusqu'au fond de l'utérus et fixé au col par deux points de suture. L'infection fut ainsi conjurée. Nous avons eu des nouvelles de cette malade un an après. Sa santé était parfaite, ses règles à peu près régulières

La réalisation de la guérison par un simple drainage, la réaction fébrile modérée, ce qui est un succès en matière d'hématométrie, nous semblent dignes d'être mentionnées.

Polypes fibreux divers de l'utérus
Hystérectomie vaginale et décubitus acutus.

(Communication à la Société des Sciences méd., 6 mars 1901.)

Présentation de pièces provenant d'opérations de M. Jaboulay. L'une d'elles concernait une hystérecto-

mie vaginale. Dans ce cas, chez une femme de quarante-trois ans, il se développa, quatre jours après l'opération, une grosse escarre sacrée que n'expliquaient nullement une tare générale quelconque ou le défaut de propreté du siège. L'apparition, quelques jours plus tard, d'une phlébite, montra la nature infectieuse de ce décubitus acutus. Une discussion récente à la Société de Chirurgie, à propos d'une communication de Vanverts, donne une certaine actualité à cette complication de l'hystérectomie.

Rupture récidivante du psoas.
(A paraître en 1904.)

Nous avons observé là un cas intéressant d'hématome de la fosse iliaque droite.

Notre observation concerne un homme de trente-six ans, exerçant un métier manuel l'obligeant à soulever de gros poids et à faire effort sur eux avec le genou droit. En dix-huit mois, il a présenté à trois reprises différentes les accidents suivants : Douleur brusque à l'aine droite arrêtant tout travail, ne suivant pas un effort particulièrement pénible. Impotence de huit à quinze jours du membre inférieur droit. Ecchymose terminale du triangle de Scarpa. Nous avons observé la troisième crise, qui a été plus forte que les autres. Nous avons noté l'attitude de la psoïte et une grosse tumeur dure au-dessus de l'arcade crurale. C'était un hématome qui, à la ponction, donna un sang noir altéré. Son ensemencement démontra sa stérilité microbienne.

Il n'y avait pas de température.

La formule hémoleucocytaire du sang de la circulation générale fut trouvée normale.

Le diagnostic ne fut fait qu'après la ponction. On avait tout d'abord songé à un abcès froid venu de la gaine du psoas.

Le séjour à l'hôpital dura un mois et demi. Pendant ce temps, il y eut, à deux ou trois reprises, des rectorrhagies inquiétantes.

L'examen du malade cinq mois après démontra que tout était rentré dans l'ordre.

En somme, rupture récidivante du psoas affaiblie par des contractions exagérées et fréquentes. Résolution spontanée et complète d'un gros hématome.

Quatre cas d'appendicite pelvienne traités et guéris par la voie basse.

(En collaboration avec M. Tixier, *Archives générales de médecine*, 1904.)

Dans ce mémoire, nous commençons par rappeler qu'en dépit d'assez nombreux travaux français et étrangers, l'appendicite pelvienne est encore mal décrite dans les grands ouvrages classiques. Son traitement par les voies basses, vaginale chez la femme, rectale chez l'homme, simple, efficace, rencontre de grandes répugnances. Quand on veut drainer au point déclive, la voie périnéale tortueuse, délabrante, est conseillée chez l'homme de préférence.

Après bien d'autres auteurs, nous rapportons quatre guérisons d'abcès appendiculaires drainés au point déclive et guéris.

Deux fois il s'est agi d'abcès pelviens développés chez des hommes que la seule incision rectale a guéris.

Une fois il s'est agi, toujours chez l'homme, d'un abcès pelvien secondaire. Une incision iliaque avait évacué une collection développée au siège ordinaire. Dans les jours qui suivirent, une collection fut perçue par le rectum et évacuée par lui. Le résultat fut excellent.

Enfin, dans une quatrième observation, nous avons observé chez une jeune fille de quatorze ans un très gros abcès abdomino-pelvien occupant la fosse iliaque droite, l'hypogastre, une partie de la fosse iliaque gauche et tout le bassin ; il pointait dans le cul-de-sac de Douglas et le distendait. Le drainage vaginal évacua plus de 1 litre de pus et suffit à amener la guérison complète sans incision abdominale.

Dans aucun des cas, l'appendice ne fut trouvé ; on ne s'obstina pas d'ailleurs dans sa recherche.

Dans les trois faits concernant des hommes, nous avons observé l'importance de la rectite en matière d'appendicite pelvienne.

La face antérieure du rectum présentait un épaississement considérable de la muqueuse. Celle-ci fortement œdématiée donnait au doigt la sensation du velours. Elle adhérait à la musculeuse et à la collection dans un cas. Elle sécrétait une sorte de mucus filant, glaireux, très abondant. L'évacuation de celui-ci était incessante et constituait une sorte de diarrhée rectale faisant contraste avec la constipation ordinairement observée dans l'appendicite. Il nous semble que, dans

cette maladie, quand la diarrhée glaireuse est observée, l'attention doit être immédiatement portée du côté du pelvis, une localisatiou de ce côté doit être soupçonnée et le toucher rectal pratiqué avec plus de raisons encore que d'ordinaire.

L'incision transversale du rectum fut pratiquée deux fois ; une fois l'incision fut faite verticalement. Il n'y eut d'hémorragie dans aucun cas. Il nous semble cependant que l'incision verticale est plus rationnelle, plus anatomique. La face antérieure de la partie supérieure du rectum est paucivasculaire sur la ligne médiane, car les vaisseaux lui arrivent ou en partent d'arrière en avant et de haut en bas ou *vice versa*. Et, de fait, l'incision transversale a à son passif quelques faits d'hémorragie notable, sans suites fâcheuses d'ailleurs.

Une fois, abcès pelvien drainé par le rectum chez l'homme, nous avons pu examiner le malade quatre mois après l'opération. Il n'en restait plus de traces aussi bien par l'exploration de l'abdomen que par le toucher rectal.

b) *TÊTE ET COU*

Névralgie rebelle du trijumeau guérie par la résection du sympathique cervical. — Résultats eloignés.

(Présentation du malade, 20 avril 1901.)

Le malade, âgé de soixante-trois ans, souffrait dans la zone des nerfs maxillaires supérieur et inférieur du côté gauche. La douleur, modérée à l'état de repos, devenait intolérable au moindre effort de mastication. Pendant trois ans elle avait été discontinue ; depuis

un an elle était continue et d'une intensité telle que le malade songeait au suicide. Il avait épuisé la liste des antinévralgiques et fait arracher vainement toutes ses molaires du côté atteint.

M. Jaboulay fit la résection du ganglion supérieur du sympathique cervical à gauche.

Pendant deux mois il n'y eut pas de soulagement appréciable. Au bout de ce temps-là, la douleur diminua progressivement, puis cessa tout à fait.

Revu six mois après, le malade présentait un bon aspect; il était enchanté, avait engraissé de 4 kilogrammes. La guérison se maintint pendant dix-sept mois, temps au bout duquel la mort survint par pneumonie grippale. Il y eut une seule crise névralgique, courte et légère, un an après l'opération.

Ce cas heureux de guérison d'une névralgie trifaciale intense et invétérée par la résection sympathique s'ajoute à ceux nombreux déjà publiés. Le nôtre se signale par les heureux résultats éloignés. Peu de méthodes, même la meurtrière gassérectomie, donnent un soulagement complet des douleurs pendant un an et demi.

La disparition des douleurs a été tardive. Le malade n'a eu son soulagement que deux mois après la résection. D'ordinaire, il faut compter quinze jours. Ce retard tend à confirmer l'hypothèse formulée par M. Jaboulay sur le mécanisme de la guérison. Il pense, en effet, que l'opération agit en amenant de lentes dégénérescences dans le trijumeau, soit dans sa racine bulbaire, soit dans son tronc et ses branches périphériques.

Kyste thyroïdien enlevé intact.

(Présentation de la pièce opératoire, Société des Sciences médicales, 9 février 1901.)

Enucléation par la méthode de Socin. L'opération présenta cette particularité qu'on put faire cesser des phénomènes dyspnéiques inquiétants par la brusque luxation au doigt de la tumeur, au travers de l'incision des parties molles.

Régression d'un goitre charnu par la simple mise à l'air.

(Présentation du malade, Société des Sciences médicales, 8 mai 1901.)

Il s'agissait de deux noyaux goitreux charnus, l'un médian, l'autre latéral droit. Le premier avait la dimension d'un œuf de poule, le second d'une noix. La forme était vasculaire. M. Jaboulay se contenta de la simple incision verticale des téguments du cou, jusques et y compris la capsule thyroïdienne, au-devant du noyau médian. Puis la plaie fut abandonnée sans sutures à la réunion par seconde intention, qui survint en trois semaines. Au bout de ce temps, on pouvait constater que le noyau médian était réduit à une petite plaque dure appliquée contre la trachée et que le noyau latéral avait diminué de moitié. De plus, des phénomènes de légère compression des nerfs récurents et sympathiques, qui existaient avant l'intervention, avaient presque entièrement régressé.

Cette action thérapeutique évidente d'une opération simple est à retenir. Dans les goitres charnus et surtout dans les vasculaires, la mise à l'air permettra

d'arriver souvent et avec infiniment moins de dangers au même résultat que la thyroïdectomie partielle.

Plaie pénétrante du larynx par instrument tranchant. Mort par pneumonie double.

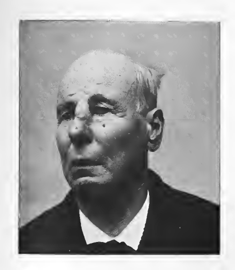
(Présentation de pièce à la Société des Sciences médicales, 10 décembre 1902.)

Cas classique de la pneumonie par déglutition qui rend si sombre le pronostic des plaies accidentelles du larynx.

Rhinoplastie par la méthode indienne. Résultats éloignés.

Présentation de photographies, Société des Sciences médicales, 13 avril 1904.)

Après ablation d'un épithélioma intéressant la peau de la base et de la partie moyenne du nez et une faible partie des os, nous avons fait une autoplastie par la méthode indienne modifiée. Le lambeau a été taillé obliquement au-dessus d'un sourcil et fixé sans torsion appréciable. La prise de la greffe, favorisée par une bonne asepsie, a eu lieu en cinq jours. Il s'agissait cependant d'un homme de soixante-cinq ans. On peut voir, par les photographies ci-jointes, faites quatre mois après l'intervention, que le résultat, sans être parfait au point de vue esthétique, est néanmoins satisfaisant.



Rhinoplastie par la méthode indienne.
(Photogr. prise quatre mois après l'intervention).



Rhinoplastie par la méthode indienne.
(Photogr. prise quatre mois après l'intervention).

c) *CHIRURGIE DES MEMBRES*

MEMBRE INFÉRIEUR

Contribution à l'étude du traitement des arthrites suppurées du genou (en dehors de la tuberculose) et des abcès arthrifluents consécutifs. — Drainage du genou par le cul-de-sac sous-quadricipital. — Incision des abcès sans intervention sur l'articulation.

(Thèse de doctorat en médecine, Lyon, 1901-1902.)

L'arthrite suppurée du genou, qu'elle résulte d'une métastase infectieuse ou surtout qu'elle succède à une inoculation traumatique, a été, est encore justement redoutée par les chirurgiens. Souvent, en dépit de l'opération la plus hâtive, la plus complète, la mort arrive par septicémie. Il n'en est pas toujours ainsi.

On sait que dans certaines pyarthroses du genou, dans celles qui durent, la poussée purulente se fait surtout du côté du cul-de-sac sous-quadricipital. On voit alors celui-ci bomber sous les téguments et offrir tous les signes physiques d'un abcès.

Si l'arthrite évolue encore, le pus poursuit sa marche, il fait céder le dôme supérieur de la synoviale, ce point de moindre résistance classique, et pénètre dès lors librement au sein des muscles antérieurs de la cuisse. Entre un cul-de-sac sus-rotulien distendu et un volumineux abcès arthrifluent remontant à l'aine, tous les intermédiaires peuvent se rencontrer.

Les anciens tenaient pour très grave le pronostic de

ces formes. Il faut revenir, croyons-nous, de cette opinion pessimiste. Cette production abondante de pus vaut mieux que la septicémie et indique tout au moins que l'organisme se défend. De fait, nous avons pu réunir huit observations, sans une mort, dans des cas analogues.

Une provient de la thèse d'agrégation de M. le professeur de Lapersonne; une autre de celle de Jalaguier, les six autres appartiennent à M. Jaboulay.

Quelle pratique chirurgicale faut-il opposer en pareille circonstance ?

Nous n'insisterons pas sur l'opinion de Chassaignac qui voulait l'amputation immédiate et nous arrivons immédiatement à ce qui est dit sur la question dans la thèse importante de Jalaguier sur l'arthrotomie. Nous y trouvons conseillé le drainage combiné de l'arthrite d'une part, de l'abcès secondaire d'autre part. Une observation de Beckel avec guérison suivie d'ankylose est rapportée à l'appui. M. Jaboulay, dans deux cas qui remontent à quelques années, suivit cette pratique. Une fois, la guérison survint avec conservation du membre ; une autre fois, l'amputation dut être faite en dernière analyse ; elle sauva le malade.

Plus récemment, chez un enfant qui, à la suite de ponctions septiques du genou avait fait de l'arthrite suppurée et un gros abcès secondaire de la cuisse, notre maître se contenta de drainer cet abcès sans toucher à l'articulation. Le succès fut complet, puisqu'il n'y eut pas d'ankylose.

Depuis, dans deux cas où le cul-de-sac sus-rotulien venait de se rompre, la seule incision de celui-ci fut

pratiquée. La guérison fut obtenue avec conservation des mouvements.

En présence de ces différents faits dont on comprend l'enchaînement, nous avons pensé que non seulement les pyarthroses rompues dans le quadriceps, mais aussi celles qui se caractérisaient par la distension prépondérante du cul-de-sac sus-rotulien avec ou sans rupture devaient être traitées d'abord par la simple incision de celui-ci. A cette arthrotomie simple, il faut combiner une manœuvre spéciale pour rendre effectif le drainage du genou ; c'est l'élévation du membre inférieur à 45 degrés.

De cette façon le cul-de-sac sus-rotulien devient le point déclive du genou, et les liquides contenus dans l'articulation sont sollicités par la pesanteur à sortir par le drain. On satisfait ainsi à la grande loi du drainage des collections purulentes.

L'idée n'est pas neuve d'ouvrir le cul-de-sac sus-rotulien pour drainer un genou. Scriba, dès 1877, préconisait ce manuel opératoire. Jalaguier, résumant les opinions courantes au moment où il écrit, recommande sa combinaison aux incisions latérales. Ollier l'approuvait et le faisait systématiquement. Ce qui distingue le procédé de Jaboulay, c'est l'application de ce seul drainage au traitement des pyarthroses du genou.

Le manuel opératoire est la simplicité même : une incision de 3 centimètres est menée sur le dôme du cul-de-sac distendu, traverse le tendon parallèlement à ses fibres et pénètre dès lors dans l'articulation qu'elle évacue. Un drain gros et rigide est introduit. L'opération est terminée. C'est une ouverture d'abcès.

Voici le résumé d'une de nos observations :

Un homme, âgé de vingt-trois ans, voit sans cause connue s'installer en huit jours une arthrite de son genou droit.

A son entrée à l'hôpital on constate un gros épanchement articulaire, des signes d'inflammation, œdème, rougeur de la peau. Pas de points osseux douloureux, rien à l'urètre. On porte le diagnostic de pyarthrose très probablement à un point d'ostéo-myélite intra-articulaire. Une intervention est proposée et refusée. Au bout de trois jours, la distension intra-articulaire augmente, surtout à la partie supérieure du genou. Le thermomètre est à 40 degrés. L'état général est franchement mauvais. Le malade accepte alors d'être opéré. Une incision ouvre le cul-de-sac sus-rotulien et évacue deux verres de pus louable. La synoviale est rompue et l'infiltration des muscles de la cuisse commence.

Un drain est placé et le membre élevé. Au bout de quinze jours le genou est asséché, les mouvements commencent à revenir. Le malade réclame son exéat.

Dans le pus articulaire, l'examen direct et les cultures ont décelé la présence de staphylocoque blanc.

L'arthrotomie sus-rotulienne ne peut être substituée aux autres méthodes. L'arthrotomie latérale classique, si bien défendue par Jalaguier, la résection dans quelques cas, l'amputation même en dernière heure sont des moyens qu'il faut tous connaître. Mais, avant de les employer et dans ces cas où le pus cherche naturellement sa voie du côté du point faible de l'articu-

lation, on pourra aider la nature et commencer par l'ouverture du cul-de-sac sous-quadricipital.

Sarcome de la gaine des vaisseaux fémoraux. Ablation sans lésion de ceux-ci. Guérison.

(Présentation du malade, Société des sciences médicales, 5 décembre 1900)

La tumeur du volume d'un poing d'adulte siégeait à la partie inférieure de la cuisse. M. Jaboulay put la cliver des vaisseaux sans blesser ceux-ci. Malgré une dénudation absolue portant sur 10 centimètres, il n'y eut pas de troubles vasculaires, notamment pas de thrombose de la veine. Le malade pouvait marcher quinze jours après l'opération. La malignité modérée de la tumeur, son encapsulation parfaite, expliquent la possibilité de l'extirpation sans lésion vasculaire.

Tumeur mélanique de la gaine des vaisseaux fémoraux. Extirpation ayant nécessité la résection de l'artère et de la veine. Guérison sans gangrène.

(Présentation du malade. Société des sciences médicales, 2 décembre 1903, et *Lyon médical*, janvier 1904.)

Charbonnier, de trente et un ans, vigoureux et bien musclé. Cet homme se présente avec une tumeur de la partie moyenne de la cuisse au centre de la ligne de l'artère fémorale. Volume d'une belle orange. Implantée par sa face profonde dans les muscles fémoraux elle n'est pas mobilisable sur eux ; elle est indépendante du fémur. Pas de battements, pas d'expansion. Le pouls de la pédieuse est perçu. Pas d'œdème. A no-

ter des irradiations douloureuses dans le territoire du nerf saphène interne, ce satellite des vaisseaux fémoraux.

On porte le diagnostic de tumeur conjonctive maligne de la gaine des vaisseaux fémoraux, on décide son ablation.

L'opération fut laborieuse. La tumeur adhérait tellement aux vaisseaux qu'on dut réséquer ceux-ci sur 10 centimètres d'étendue. La veine saphène interne fut sacrifiée sur pareille longueur. La ligature supérieure de l'artère et de la veine fémorales portait nettement au-dessous des vaisseaux fémoraux profonds. L'examen de la pièce opératoire ne laissa aucun regret d'avoir agi largement. Il s'agissait d'une tumeur très maligne, friable, ramollie ; un bourgeon cancéreux tremblait dans la lumière de l'artère. L'histologie prouva sa nature mélanique et porta un pronostic des plus sombres pour l'avenir.

En dépit de craintes légitimes, il n'y eut pas de gangrène du pied ni même de troubles thermiques sérieux. Deux mois et demi après l'opération, le malade pouvait reprendre un métier assez dur. A ce moment, il présentait seulement un œdème modéré bien combattu par un bas élastique et de l'anesthésie du nerf saphène interne réséqué avec les vaisseaux.

Cette observation nous semble intéressante par les considérations de physiologie pathologique qui s'y attachent. Elle vient à l'appui des conclusions déjà anciennes formulées par M. le professeur Kirmisson dans un article classique. Cet auteur a prouvé que la première condition de succès dans l'extirpation des

tumeurs du triangle de Scarpa était de faire porter les fils de ligature des vaisseaux en dessous des branches fémorales profondes. Dans 6 cas rassemblés par lui, où la ligature fut faite en-dessus de leur émergence, il y eut 4 gangrènes mortelles. A ces chiffres nous pouvons joindre une observation inédite de mort appartenant à M. le professeur Aug. Pollosson. Au contraire, dans les cas de ligature basse, la guérison est suivie régulière, du moins fréquente.

Les deux autres facteurs du bon pronostic sont l'asepsie parfaite qui évite la formation d'un caillot ascendant et le jeune âge qui assure le bon état des artères.

La réunion des trois conditions du succès : ligature basse, jeunesse, asepsie explique notre heureux résultat.

Epithélioma greffé sur une ostéomyélite prolongée Amputation.

(Présentation de la pièce opératoire. Société des Sciences médicales, 1er mai 1901.)

Il s'agissait, comme c'est la règle, d'une très ancienne ostéite fistuleuse de l'extrémité supérieure du tibia. Les symptômes qui ont fait porter le diagnostic étaient les suivants : douleurs très vives, amaigrissement, élimination de séquestres noirs et surtout fétidité extraordinaire de la suppuration. On fit l'amputation de la cuisse. Le sciage du tibia révéla une cavité de la dimension d'une mandarine dans laquelle se trouvait un séquestre noir arrondi, gros comme une noix. La cavité osseuse, les fistules étaient recouvertes

d'une couche épaisse de bourgeons franchement épithéliomateux.

Angiome du pied avec macrodactylie.

(Présentation de la pièce opératoire, 20 novembre 1902.)

Nous avons observé là chez un adulte une localisation rare de l'angiome. La tumeur occupait le 3e et le 4e orteil d'un pied dans leur totalité, téguments, tendons, nerfs et os. Ces deux orteils étaient nettement augmentés de volume. Cette hypertrophie s'explique par la stase sanguine habituelle. L'indication de l'amputation résida dans des douleurs vives apparues depuis peu. Leur explication fut trouvée par l'examen des nerfs nettement angiomateux au microscope.

MEMBRE SUPÉRIEUR

Panaris tuberculeux avec adénopathie sus-épitrochléenne.

(Présentation de malade, Société des Sciences médicales, 26 janvier 1901.)

L'infection du doigt fut occasionnée par une inoculation directe. La malade, une infirmière, s'était piquée à l'index en cousant le linceul d'un cadavre. Il en était résulté une plaque tuberculeuse avec fistules purulentes; de plus, un ganglion sus-épitrochléen était devenu caséeux.

Rien à l'aisselle, rien aux poumons. La nature

tuberculeuse de la maladie fut démontrée par l'histologie.

Panaris et adénite furent excisés. Le doigt fut guéri définitivement. Il y eut plusieurs récidives au niveau de l'adénite.

Botryomycome du petit doigt.

(En collaboration avec M. Delore, *Gazette des hôpitaux*, 8 novembre 1900.)

Nous avons rencontré là les caractères attribués par le professeur Poncet à la botryomycose : Piqûre de la face palmaire d'un doigt avec une épine de buisson, lente constitution d'un petit bourgeon, n'ayant pas de tendance à guérir spontanément, indolence, pédiculisation nette. Examen histologique montrant les amas en grappes de raisins.

d) *DIVERS*

Pneumonie contusive chez un alcoolique. Suppuration à pneumocoques d'un foyer de fracture de côtes.

(*Lyon médical*, 4 et 11 novembre 1900, et thèse de Massol, Lyon, 1900-1901.)

Voici cette observation résumée :

Homme adulte, alcoolique. Contusion violente de la partie supérieure du thorax à gauche, sans plaie, par chute dans un escalier. Deux jours après, grands frissons, fièvre, dyspnée. Le malade s'alite chez lui pendant huit jours, puis vient à l'hôpital. Là, nous constatons tous les signes d'une pneumonie du sommet droit,

du côté opposé à la contusion, un mauvais état général, du délire. Quelques jours après son entrée, on découvre la fracture des deux premières côtes gauches à 6 et 8 centimètres du sternum. Dans la convalescence de la pneumonie, un abcès se développa dans le foyer de fracture de la deuxième côte. Il évolua, d'une façon torpide, sans amener de rougeur de la peau, avec une fièvre et une réaction très modérées.

Une incision au bistouri amena sa guérison. Le pus contenait à l'état pur le pneumocoque de Friedlander. L'examen direct, les cultures, l'inoculation à la souris, tous les modes habituels d'investigation concordèrent.

Deux faits sont à retenir. D'abord la pneumonie du côté opposé à une contusion violente de la poitrine. Il semble, malgré la bizarrerie du rapprochement, qu'il y ait bien eu là un rapport de cause à effet. Le mécanisme intime échappe. Puis, la suppuration à pneumocoque d'un foyer de fracture de côte fermée. Il s'est agi d'une métastase du pneumocoque dans la convalescence d'une pneumonie, en un point de moindre résistance, voisin du poumon, chez un sujet affaibli par l'alcoolisme. Ces différents facteurs sont bien connus depuis les travaux de Netter sur la pneumococcie. Cet auteur a d'ailleurs observé deux cas semblables au nôtre, dont un absolument superposable.

Ainsi, se trouve comblée la lacune signalée par M. Peyrot dans le Traité de chirurgie Duplay-Reclus : « Nous ne possédons pas d'exemple net de pneumonie traumatique dans lequel se seraient produits, à distance, des abcès secondaires. Ce qu'on sait actuellement de la

valeur pyogénique du pneumocoque de Friedlander, permet de penser qu'il peut s'en produire. »

Traitement de diverses tumeurs par les rayons X et par la méthode de l'histofluorescence.

(Archives provinciales de chirurgie, avril 1904.)

Nous avons employé deux méthodes. La première est celle qui a servi jusqu'ici à la majopité des auteurs ; c'est l'exposition pure et simple aux rayons X. La seconde est plus complexe.

Elle dérive des recherches de Morton sur l'histofluorescence des tissus.

Elle consiste à n'exposer la tumeur aux rayons qu'après l'avoir imprégnée d'une substance devenant fluorescente sous l'influence des rayons de Roentgen, la quinine par exemple.

Cette substance déjà fluorescente par elle-même le devient beaucoup plus quand elle subit l'influence des rayons X. Il suffit pour s'en convaincre de répéter l'expérience de Morton. Un tube de bisulfate de quinine est introduit dans un fluoroscope, dont on a remplacé l'écran par une simple lame de carton. Si, placé dans une chambre noire, on vient à regarder dans le fluoroscope, on n'aperçoit rien. Qu'on approche alors celui-ci d'une ampoule radiogène en activité, le tube de quinine apparaîtra lumineux.

La quinine peut être appliquée directement sur le cancer quand il s'agit d'une tumeur superficielle ulcérée. En tout autre cas, il faut l'injecter sous la peau

quelque temps avant la radiothérapie. De cette façon, celle-ci n'interviendra que lorsque l'organisme est imprégné du remède dans sa totalité. La partie du corps expose alors aux rayons X deviendra fluorescente; la tumeur en traitement sera *histofluorescente* pendant toute la durée de l'exposition.

A ce mode d'action, il faut, dans notre esprit, en joindre un autre : c'est l'action spécifique de la quinine contre le cancer, à laquelle le professeur Jaboulay a attaché son nom.

Morton a publié un certain nombre de cas de guérison. Nous avons été moins heureux que lui.

Nous décrirons d'abord notre technique.

1° *Pour la radiothérapie simple*, nous nous sommes servi d'une machine statique à douze plateaux, donnant 15 à 18 centimètres d'étincelle.

Nos ampoules, grosses ampoules Prugnat, étaient choisies molles pour les cancers superficiels, un peu dures pour les néoplasmes viscéraux.

L'intensité des radiations émises a toujours été moyenne, si nous en jugeons par les radiographies faites avec la même machine.

Nous ne pouvons d'ailleurs donner que ces indications peu précises sur la qualité et la quantité des rayons employés. Nous n'avons pas, en effet, eu la bonne fortune de disposer des instruments de Benoist et de Holzknecht.

L'anticathode de l'ampoule était approchée à 15 centimètres de la peau. Celle-ci, dans la plupart des cas, a été protégée avec des feuilles de plomb de 1 mm. 1/2 d'épaisseur.

Les séances avaient lieu tous les deux jours, cinq minutes chaque fois.

2° La technique de la *méthode de l'histofluorescence* ne différait de la première que par une injection de chlorhydrate neutre de quinine, faite à la dose de 30 centigrammes, une demi-heure avant l'exposition aux rayons.

Les observations sont rangées en deux groupes de cinq.

Dans le premier figurent les cas où la radiothérapie simple a été appliquée ; dans le second, ceux où on lui a combiné la quinine.

Les cas auxquels nous nous sommes adressé sont très disparates, il s'est agi de tumeurs malignes de toute espèce et de tout siège ; une tumeur bénigne, verrues multiples, figure même dans les observations. C'est le hasard de la clinique qui nous a fourni nos malades.

Etant donné l'impossibilité de faire des rapprochements, nous étudierons les résultats en les passant en revue un à un.

Dans le premier groupe, celui de la radiothérapie simple, l'observation n° 1 est un succès complet. C'est d'ailleurs le seul que nous ayons à enregistrer. Comme dans la plupart des cas heureux des auteurs, il s'est agi d'un épithélioma cutané peu étendu ; il siégeait au nez. Il avait été fait dix séances.

Dans l'observation n° 2, verrues multiples des mains, nous avons eu une légère amélioration. Nous espérions mieux, étant donné la superficialité et la bénignité du néoplasme, — 12 séances.

Les observations 3 et 4 volumineux, épithélioma cutané de la face et cancer de la face antérieure de l'estomac, sont des échecs. Dans l'observation n° 3, l'action était cependant directe. Observation 3 = 20 séances. Observation 4 = 12 séances.

Nous insistons sur l'observation n° 5.

Dans ce cas, l'influence nocive des rayons sur l'organisme en général apparaît très nette. Une femme paraissant devoir vivre encore quelques mois avec un cancer du sein a succombé en quinze jours. L'autopsie étant muette sur les causes immédiates de la mort, il faut bien incriminer la radiothérapie. Quant au cancer, il n'a pas été modifié.

Il faut rapprocher cette mort de celles obtenues expérimentalement par divers auteurs sur des animaux de laboratoire en les exposant aux rayons X.

Remarquons aussi que nous nous sommes mal trouvé de nous être départi de notre technique habituelle. Nous avons fait onze applications, mais chaque séance a duré dix minutes au lieu de cinq; il en a été fait une tous les jours, alors que dans les autres cas il n'a été fait de séance que tous les deux jours.

Dans le deuxième groupe, radiothérapie et quinine, nous n'avons eu aucune guérison. Il est vrai qu'il n'est composé que de cas très graves.

Dans l'observation n° 1, sarcome fuso et gigantocellulaire de la fesse à récidives multiples, il nous semble que nous avons nui au malade. Sans doute sa tumeur était étendue et la peau environnante en mauvais état. Dans ces conditions, une extirpation était malaisée. Mais le malade résistait bien aux repullula-

tions nombreuses de son mal et chaque intervention lui donnait un bien-être temporaire réel. Peut-être donc eût-il mieux valu prendre encore le bistouri — 38 séances.

Les observations 2 et 3, cancer du sein généralisé aux ganglions du cou et récidive de cancer du rein, sont deux échecs complets ; rien de spécial à signaler, sinon l'atténuation réelle, mais bien éphémère, des douleurs du n° 2. Pour le n° 2 = 10 séances. Pour le n° 3 = 10 séances.

L'observation 5, ostéosarcome l''extrémité supérieure du fémur, est un demi-succès. Nous avons obtenu là une amélioration réelle, la diminution de la tumeur, l'atténuation des douleurs. Cette amélioration a d'ailleurs été passagère — 30 séances.

L'observation 4 est un échec, peu étonnant chez un malade arrivé à la cachexie. Il s'agissait encore d'un sarcome fémoral — 12 séances.

En résumé, nos résultats sont peu encourageants. C'est qu'aussi bien, sur dix observations, nous nous sommes trouvé huit fois en présence de tumeurs malignes authentiques, très avancées pour la plupart, en récidive quelquefois. Les résultats heureux publiés jusqu'ici ne se rapportent que rarement à des faits de cet ordre.

La méthode de l'histofluorescence de Morton ne nous a pas donné mieux que la radiothérapie pure et simple.

Œsophage tuberculeux.

(Présentation de pièce, Société des sciences médicales, 2 février 1901.)

A l'autopsie d'une femme présentant pendant la vie des signes de tumeur œsophagienne et de tuberculose pulmonaire, nous avons trouvé une ulcération de l'œsophage, présentant les caractères macroscopiques de la tuberculose. Autour d'elle il y avait des ganglions nombreux. Les poumons étaient farcis de tubercules et de cavernes. Le manque d'examen histologique diminue la valeur de cette observation qui constituerait une rareté, si elle était entièrement légitime.

Lipome énorme du cordon.

(Présentation de la pièce opératoire, Société des sciences médicales, février 1897.)

Cette tumeur considérable, pesant plusieurs kilogrammes, avait distendu le scrotum à tel point qu'il atteignait les genoux, à la façon de l'éléphantiasis filarien.

Le malade la portait dans un petit sac *ad hoc*. Elle était constituée par du tissu conjonctif fibreux et graisseux ; quelques points étaient cartiligineux. Le testicule correspondant noyé dans la masse n'a pu être retrouvé. Il n'y avait pas de hernie.

L'extirpation fut faite par M. Nové-Josserand, qui cliva la tumeur d'avec le scrotum. Pour gagner du temps, il ne fit pas la résection de celui-ci. Cette enveloppe insuffisamment nourrie dès lors se sphacéla en grande partie. Cet accident, qui semble habituel, en

pareil cas, indique la règle à suivre dans les distensions considérables du scrotum par une tumeur quelconque. Il faut, de propos délibéré, réséquer largement celui-ci.

Rein calculeux. — Néphrectomie secondaire.

(Présentation de la pièce opératoire, Société des sciences médicales, 7 novembre 1900.)

Cette ablation d'un rein calculeux quelque temps après une néphrotomie évacuatrice, alors que la démonstration de la suffisance du rein opposé avait été faite, donna les bons résultats habituels en pareil cas.

Pyohémie grave. Guérison.

(Présentation de malade à la Société de chirurgie de Lyon, 2 novembre 1903.)

Cas d'infection générale de haute gravité chez un adulte, dont le point de départ fut une piqûre septique de l'éminence thénar d'une main. Il y eut des phénomènes généraux intenses, de l'albuminurie massive, des abcès métastatiques multiples dans plusieurs articulations et dans le tissu cellulaire. L'examen du pus décela constamment un strepto-cocco-bacille, différent du parasite de la morve.

On se borna à un traitement général et à l'incision des abcès. Le malade guérit avec des ankyloses multiples. Il provenait du service de M. Gangolphe.

Ce cas prouve une fois de plus l'amélioration du pronostic que comporte, dans une septicémie, l'apparition d'abcès.

Lyon. — Imprimerie A. REY, 4, rue Gentil. — 35822